

Concerne : **Monsieur A.**  
**Gradué en kinésithérapie**  
**Et**  
**S.P.R.L. B.**

**Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.**

## **1 GRIEF FORMULE**

Un grief a été formulé (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Monsieur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.**

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Infraction aux dispositions de l'article 7, § 19 de la Nomenclature des prestations de santé (NPS) dans la mesure où le nombre de valeurs M attestées pour l'année 2016 dépasse le plafond annuel de 156.000 valeurs M.

### **1.1 Base légale et réglementaire**

Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Article 7, § 19 de la NPS :

L'intervention de l'assurance est subordonnée aux deux conditions suivantes :

- pour une période donnée de trois mois, un maximum de 40.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire;
- pour une période donnée d'une année civile, un maximum de 156.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire.

## **1.2. Prestations en cause**

### **1.2.1 NPS Art. 7, § 1**

1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

560011 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

560055 Lorsque la séance 560011 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

560313 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

560350 Lorsque la séance 560313 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

560652 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

I. c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

561013 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

5° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, A, du présent article.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

563010 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

563054 Lorsque la séance 563010 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

563076 Rapport écrit M 34,62

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

563312 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

563356 Lorsque la séance 563312 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, du présent article.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

563614 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

563651 Lorsque les séances 563614, 564270 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

564270 Lorsque les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

563916 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

564336 Lorsque les séances 563916 et 639715 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

563953 Lorsque les séances 563916, 564336 et 639715 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

7° Prestation dispensée aux « patients palliatifs à domicile » conformément au § 14bis du présent article.

Prestation effectuée au domicile du bénéficiaire.

564211 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

### 1.2.2 Circulaire OA n° 2008/139 du 25 mars 2008

Pseudo-codes de nomenclature pour la comptabilisation des dépenses « normales » pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) (revenus 2014) :

781896 maximum à facturer - ménages ayant des revenus à partir de 17.719,93 EUR jusqu'à 27.241,07 EUR

781955 maximum à facturer - bénéficiaires d'allocations familiales majorées

### 1.3. Argumentation

Concernant la période du 1/1/2016 au 31/12/2016 (dates de prestation) correspondant à la période de réception aux organismes assureurs (OA) du 11/01/2016 au 23/11/2017, le SECM constate que, pour 2016, un total de 219.180,54 valeurs M a été porté en compte (voir la liste de prestations). Le plafond annuel de 156.000 valeurs M a donc été dépassé de 63.180,54 valeurs M.

Le calcul du montant indu résulte du calcul du prix moyen d'une valeur M en 2016. Ce montant moyen est multiplié par le nombre de valeurs M en 2016 qui excède le plafond annuel. Chez M. A., une valeur M est égale à 0,589 EUR (129.075,80/219.180,54). En conséquence, le montant qui a indûment été porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans la période mentionnée vaut donc  $0,589 \times 63.180,54 = 37.213,34$  EUR.

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 37.213,34 euros.

Monsieur Charles a procédé au remboursement partiel (37.213,30 euros) de l'indu le 29/11/2019.

## **2 DISCUSSION**

### **2.1. Moyens de défense**

- Les faits sont reconnus par le prestataire.
- M. A. et son ex-épouse avaient un cabinet kiné ensemble. Après le divorce, la majorité des patients sont restés chez M. A. Ce dernier n'a pas osé refuser des soins vu le risque de perte de la patientèle.
- Il a attesté un maximum de petits codes M 8 – M 13 pour respecter la Nomenclature.
- Il travaille quasi 15 heures par jour pour raison financière.

## **2.2. Fondement du grief**

Tout d'abord, le Fonctionnaire-dirigeant relève que M. Charles a déjà un antécédent pour le même type de grief.

Monsieur A. reconnaît les faits cités à grief.

Il y a lieu d'également constater que le risque de perte de clientèle ne permet pas de contrevenir à la Nomenclature des prestations de santé qui est d'ordre public et d'interprétation stricte.

En l'espèce, les diverses constatations effectuées lors de l'enquête montrent que Monsieur Charles a contrevenu aux dispositions de l'article 7 §19 de la Nomenclature des prestations de santé dans la mesure où le nombre de valeurs M attestées pour l'année 2016 dépasse le plafond annuel de 156.000 valeurs M.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que, selon les éléments de l'enquête, le contact téléphonique avec Monsieur A. et ses moyens de défense, il apparaît que des prestations non-conformes ont été portées en compte à l'assurance soins de santé.

En conséquence, le grief est établi.

## **2.3. Quant à l'indu**

Les faits reprochés ne sont pas contestés par le prestataire.

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 37.213,34 euros.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner Monsieur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1er, alinéa 1, 2°, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 37.213,34 euros. Cependant, c'est la S.P.R.L. B. qui a perçu l'ensemble de ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, la S.P.R.L. B. doit être condamnée solidairement avec M. A. au remboursement des sommes indument perçues, soit 37.213,34 euros.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que 37.213,30 euros ont été remboursés par M. A. Le solde de l'indu s'élève donc à 0,04 euros.

## **2.4. Quant à l'amende administrative**

2.4.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative, l'article 142, §1er, 2° de la loi SSI prévoit, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.

L'article 157, §1er de la loi SSI prévoit que le Fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

2.4.2. Une sanction s'impose afin de rappeler à Monsieur A. les obligations qui s'imposent à lui en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

En l'espèce, le plafond annuel de 156.000 valeurs M a été dépassé de 63.180,54 valeurs M. sur une période infractionnelle de 12 mois.

Le Fonctionnaire-dirigeant souligne que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui suppose un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des conditions prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

Si les prestataires ne se conforment pas à la réglementation, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

Par ailleurs, M. A. a un antécédent pour des faits similaires :

Enquête n° E/.....

Grief : infraction à l'article 7, § 19 de la NPS : avoir porté en compte un nombre moyen par jour de prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée, supérieur au maximum autorisé fixé à 20.

Le 20/04/2012, le Fonctionnaire-dirigeant a déclaré le grief établi, a condamné au remboursement de l'indu (7.779,75 euros) et a infligé une amende de 50 % (3.889,87 euros) avec sursis total de 3 ans.

Le SECM ne peut que constater que M. A. n'a pas modifié son comportement nonobstant une décision susmentionnée pour des faits similaires.

En conséquence, eu égard à l'antécédent de M. A., à son expérience (diplômé en 1991) et au remboursement quasi total de l'indu, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante :

une amende administrative s'élevant à 100% du montant des prestations indues (37.213,34 euros), dont 50% en amende effective (18.606,67 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (18.606,67 euros), (article 142, §1er, 2°, et 157 de la loi ASSI coordonnée).

**PAR CES MOTIFS,**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

**APRES EN AVOIR DELIBERE,**

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare le grief établi ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la S.P.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 37.213,34 euros ;
- Constate que 37.213,30 euros ont été remboursés, le solde de l'indu s'élève donc à 0,04 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% du montant des prestations indues (37.213,34 euros), dont 50% en amende effective (18.606,67 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (18.606,67 euros), (article 142, §1er, 2°, et 157 de la loi ASSI coordonnée) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant f.f.,